FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 — THÈSE — N° 277

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René JACQUEMAIRE

Ancien Interne Pr. des Hopitaux de Paris.

Né à Paris, le 14 Octobre 1894

LES OCCLUSIONS INTESTINALES AU COURS DES KYSTES DE L'OVAIRE

Président : M. J.-L. FAURE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine, 15

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	N...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT BEZANÇON ACHARD WIDAL
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET HARTMANN LEJARS GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique de Propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI.	Pathologie médicale.
ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN. . .	Pathologie médicale.
BASSET.	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN. . .	Pathologie médicale.
BINET.	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.	Histologie.
BRULÉ.	Pathologie médicale.
BUSQUET. . . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT. . .	Pathologie chirurgicale
CHAMPY.	Histologie.
CHIRAY.	Pathologie médicale.
CLERC.	Pathologie médicale.
DEBRE.	Hygiène.
I. de JONG.	Anatomie pathologique
DUVOIR.	Médecine légale.
ÉCALLE.	Obstétrique.
FIESSINGER. .	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.
GARNIER.	Pathologie expériment
HARVIER.	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE.	Anatomie.
JOYEUX.	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS. .	Pathologie chirurgicale
LE LORIER. . .	Obstétrique.
LEMAITRE. . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE. . .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL. .	Obstétrique.
LHERMITTE. . .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . . .	Pathologie chirurgicale
METZGER. . .	Obstétrique.
MOCQUOT. . .	Pathologie chirurgicale
MONDOR. . . .	Pathologie chirurgicale
MOURE.	Pathologie chirurgicale
MULON.	Histologie.
PHILIBERT. . .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils. . .	Physiologie.
TANON.	Pathologie médicale.
VAUDESCAL. . .	Obstétrique.
VERNE.	Histologie.
VILLARET. . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT. . .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . . .	Obstétrique.
M. RETTERER. . .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER	Clinique médicale
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgi
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY . . .	Clinique médicale
		SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgi

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie ortho que pour les accidentés du travai mutilés de guerre et les infirmes ad
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Jean-Louis FAURE

Professeur de Clinique gynécologique

Chirurgien de l'hôpital BROCA

En le remerciant d'avoir accepté de présider cette thèse et en souvenir reconnaissant des sentiments affectueux qu'il m'a toujours témoignés.

A Monsieur le Docteur Jacques LEVEUF

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

A qui je dois l'idée et les éléments de ce travail.

En remerciement de l'enseignement chirurgical qu'il m'a donné.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1913-1914 — M. le Professeur ROBIN
1916-1917 — M. le Professeur agrégé TUFFIER
1919-1920 — M. le Docteur LAUBRY

EXTERNAT

1920-1921 — M. le Docteur LAUBRY
M. le Docteur BOULLOCHE (*in mémoriam*)
1921-1922 — M. le Docteur F. RAMOND
1922-1923 — M. le Docteur DUJARIER
M. le Professeur agrégé P. MATHIEU
1923-1924 — M. le Docteur PASTEUR VALLERY-RADOT
1924-1925 — M. le Docteur CAUCHOIX (*in memoriam*)

INTERNAT PROVISOIRE

1925-1926 — M. le Docteur CAUCHOIS (*in memoriam*)
M. le Docteur LEVEUF
M. le Docteur SAUVÉ

A Messieurs les Professeurs Jean-Louis FAURE
et GOSSET

A Messieurs les Docteurs
CAPETTE, DESPLAS, GATELLIER,
de GAUDARD d'ALLAINES, KUSS, ROUHIER
WEISSENBACH
des Hôpitaux de Paris

DÉFINITION

Le développement des tumeurs pelviennes est souvent marqué par l'apparition de troubles de compression, portant principalement sur la terminaison du tube digestif.

Dans la majeure partie des cas, il s'agit de constipation, plus rarement d'occlusion chronique ou aiguë. Par leur fréquence, les dimensions qu'elles atteignent, et surtout leur situation primitive dans le petit bassin, les tumeurs d'origine génitale sont la cause la plus fréquente de ces compressions intestinales. Les tumeurs malignes, par compresion et immobilisation du rectum sont le plus souvent en cause.

Beaucoup plus rarement il s'agit de tumeurs bénignes.

Sous le titre d'occlusion intestinale aiguë ou chronique au cours des kystes de l'ovaire, nous nous proposons de rassembler les occlusions vraies, constatées au cours de l'évolution des kystes de l'ovaire, quelqu'en soit le mécanisme. Nous éliminons de notre cadre l'étude de la constipation.

OCCLUSION CHRONIQUE

Anatomie Pathologique et Mécanisme

L'occlusion chronique est très rare au cours des kystes de l'ovaire. Nous n'en présentons que 3 obs. Pour la réaliser, il faut un kyste de l'ovaire *inclus* dans le petit bassin. Il est en effet à remarquer que même le développement énorme d'un utérus gravide ne cause que peu ou pas de compression intestinale. Cela vient de l'accomodation possible de l'intestin à une faible place, s'il conserve sa liberté de mouvement ; d'où danger particulier pour les *segments fixés*, avec peu ou pas de méso, tels que l'iléon terminal, l'anse sigmoïde à meso étroit (Observation personnelle) et le rectum (Wortman). Il faut insister aussi sur l importance du fait que les tumeurs compriment l'intestin contre un plan résistant, le squelette osseux du pelvis, où la place est mesurée. Cela nous explique la nécessité, pour réaliser une occlusion chronique, d'une tumeur enclavée ou immobilisée dans le petit bassin, alors que de très grosses tumeurs mobiles respectent le transit intestinal, leur accroissement vers

l'abdomen les éloignant par cela même de la compression intestinale.

Il faut que le kyste, maintenu par des adhérences antérieures ou par inclusion dans le ligament large, ne puisse remonter vers l'abdomen, lorsde son accroissement.

D'autres facteurs sont encore nécessaires : ils peuvent tous se résumer dans un accroissement de la tumeur, dans notre cas par une hémorragie intra-kystique, dans ceux de Savory et Nash et de Wortman par une dégénérsecence.

Notons ici que la dégénérescence du kyste englobe souvent d'autres segments de l'intestin. Le grèle était compris dans la tumeur dans deux observations.

L'évolution anatomique se fait vers la compression de plus en plus serrée jusqu'à l'occlusion aiguë. En effet, autour de l'intestin comprimé par la tumeur enclavée, se produit une réaction péritonéale qui accroit les adhérences. La malade que nous avons étudiée était subfébrile et souffrait, ceci traduisant la recto-colite inflamatoire et la pelvi-péritonite qui se développaient. Bien entendu, le liquide du kyste tend à suppurer, soit par l'intermédiaire de lymphatiques infectés, soit par propagation par le tissu cellulaire pelvien, soit encore par contact péritonéo-péritonéal (Kuss). D'où une deuxième cause d'augmentation du kyste, et compression accrue.

Aussi, en dehors des occlusions aiguës dues à la torsion, trouve-t-on souvent un syndrome de compression antérieur à l'ileus.

Symptômes

Nous serons brefs sur l'étude des symptômes : on trouvera à la fin de ce travail les observations détaillées qui en ont été la base. Le tableau clinique est celui d'une occlusion chronique avec arrêt des matières durant quelques jours et cédant difficilement (crises coliques). Les purgatifs et lavements employés donnent des résultats, mais semblent hâter l'apparition de l'occlusion complète (Cario). Celle-ci est l'évolution fatale de telles malades. Dans une de nos observations elle précéda l'intervention (Wortman). Dans la nôtre, l'occlusion s'aggravait sans cesse et aurait sans doute eu la même terminaison.

Devant cette occlusion chronique, on en cherche la cause : le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale montrent une tumeur pelvienne plus ou moins arrondie, fixée, rénittente.

Diagnostic

Occlusion chronique chez une femme présentant une tumeur pelvienne à caractères kystiques, tels sont les éléments du diagnostic. La radioscopie viendra préciser le siège de la sténose. Reste à en établir la cause.

Le toucher rectal permet de sentir la tumeur. Mais, fait capital, la muqueuse est intacte et le doigt revient propre. La rectoscopie peut montrer de l'œdème de la muqueuse (Leveuf), mais sans autre lésion. Enfin,

la recherche du sang dans les selles, parfois positive, ne l'est pas d'une façon constante. On peut, grâce à ces éléments, éliminer le cancer rectal ou sigmoïdien. En effet, dans celui-ci, il est possible de trouver une tumeur constituée par le néoplasme prolabé dans le Douglas, senti à travers la paroi rectale antérieure restée normale. Un diagnostic peut, dans certains cas, être difficile : le rétrécissement péri-colique pelvien consécutif le plus souvent à une lésion génitale (salpingite). Mais, s'il existe une obstruction chronique du colon pelvien, le toucher montrera deux signes caractéristiques : l'intégrité de la muqueuse et sa mobilité sur les plans sous-jacents, contrastant avec une tuméfaction dure, mal limitée, faisant corps avec la paroi rectale (Kuss).

Il s'agit donc d'occlusion par compression, due à une tumeur pelvienne. Sans doute, au début du syndrome et dans l'intervalle de crises d'occlusion chronique, le toucher joint au palper abdominal permet un examen approfondi. Mais, nous l'avons dit, la tumeur fixée augmente de volume. Autour d'elle se développent les adhérences d'une pelvi-péritonite plastique ou suppurée, qui, jointe au ballonnement de l'abdomen peuvent gêner beaucoup l'examen.

En règle, la latéralité de la tumeur permet cependant d'éliminer des collections péritonéales toujours plus médianes : pelvi-péritonite qui s'accompagne de signes infectieux et douloureux plus marqués, ou hématocèle enkystée, où l'on retrouve l'antécédent de la douleur après un retard de règles.

Il s'agit donc d'une tumeur pelvienne. Nous en discuterons le diagnostic avec celui des occlusions aigues ou elle apparait toujours avec des caractères plus nets. Rappelons en effet que les adhérences peuvent rendre malaisé la reconnaissance des caractères du kyste de l'ovaire, tumeur latérale à contours arrondis, séparée de l'utérus par un sillon, et de consistance rénittente.

On fait donc le diagnostic d'occlusion chronique par tumeur pelvienne. Suivant les autres signes cliniques, suivant ce que l'on sent, suivant les commémoratifs, on penchera vers un diagnostic causal ou l'autre.

Cela suffit d'ailleurs pour poser une indication opératoire. Nous avons vu, en effet, l'évolution de ces occlusions vers la sténose complète. Il faut donc évidemment opérer sans attendre : le pronostic sera d'autant meilleur et l'opération d'autant plus facile que l'intervention sera plus précoce.

OCCLUSION AIGUË

Beaucoup plus fréquemment, soit qu'elle se constitue après une période d'occlusion chronique plus ou moins nette, soit qu'elle se constitue d'emblée, on se trouve en présence d'une occlusion aiguë.

Historique

En 1886, Orshausen fait le premier travail sur la question. Pour lui, l'occlusion intestinale par le kyste de l'ovaire n'était possible que dans les cas suivants :

1° Quand la tumeur de l'ovaire adhère intimement à une anse intestinale ;

2° Quand une anse est comprimée contre la paroi ;

3° Quand il existe une torsion d'un kyste adhérent en un point quelconque de l'intestin ;

4° Enfin, la torsion de la tumeur peut entrainer la rotation d'une anse, créant ainsi un volvulus.

Sans doute ces mécanismes existent tous ; mais de nouvelles observations publiées en apportent de nouveaux et viennent éclairer plus complètement la question. Notre but est de les rassembler et de les classer.

Anatomie Pathologique et Mécanisme

La cause la plus fréquemment rencontrée dans les observations publiées est l'occlusion aigue déterminée par la *torsion du pédicule,* d'un kyste de l'ovaire.

En 1888, Hochenegg, rapportant un cas d'occlusion aiguë par torsion du kyste de l'ovaire, classait celles-ci en 4 variétés:

1° Le kyste est solidarisé à une anse grêle par d'anciennes adhérences. La torsion de son pédicule entraine l'anse dans un véritable volvulus (Cas de Rokitansky et de Cario);

2° Un long pédicule de kyste de l'ovaire s'enroule pendant sa torsion autour d'une anse et l'étrangle (Cas de Rittentrop et de Woodman);

3° Le pédicule est raccourci par la torsion, et la tumeur augmentée par la stase veineuse; le kyste comprime alors l'anse sigmoide contre les parois du bassin (cas de Gunther, Korn, Michel [2 observations]);

4° Une partie de la tumeur, grâce au raccourcissement du pédicule produit par la torsion, est ramenée dans le petit bassin où elle écrase le rectum (Cas de Hochenegg).

Dans d'autres observations, d'autres segments intestinaux étaient écrasés par le même procédé: l'iléon (Henry), la région iléo-caecale (Pesin), le colon ascendant (Schalita). L'utérus peut suivre le kyste dans sa torsion et écraser l'intestin (Jacobsen).

A ces causes, ajoutons les cas où l'occlusion se produit *secondairement à la torsion* :

1° Le kyste ramené dans le petit bassin par la torsion permet encore le transit intestinal. Mais la compression des vaisseaux du pédicule augmente la tumeur, soit par œdème, soit par hémorragie intra-kystique. C'est alors cette augmentation secondaire du volume du kyste, maintenu dans le petit bassin, qui cause l'occlusion (Gunther, Woodman) ;

2° La torsion, déterminant une hémorragie, le poids accru de la tumeur écrase un segment intestinal contre une des parois du bassin Schalita) ;

3° Ajoutons la pathogénie de l'occlusion signalée dans une observation de Thorn, où la rétraction d'une bride pathologique, secondaire à une torsion, écrasait l'intestin.

En dehors de ces occlusions aigues dues à la torsion du pédicule kystique, toutes les autres causes peuvent être ramenées à la compression. Les facteurs de celle-ci sont multiples. Mais dans l'ensemble elles se résument toutes à ceci : un kyste de l'ovaire, généralement de petit volume, est inclus dans le petit bassin. Souvent existent déjà des troubles de compression, parfois une véritable occlusion chronique. Une complication survient, augmentant le volume du kyste immobilisé, et celui-ci écrase contre la paroi pelvienne un segment intestinal fixé : l'occlusion est constituée. Le plus souvent c'est la *dégénérescence*, du kyste de l'ovaire qui est en cause. Ce sont, en effet, ces tumeurs qui au premier chef immobilisent et

compriment le rectum (Boeckel, Wortman, Savory et Nash, Peters, Raynes et Giraud). En raison de la formation d'adhérences iléales, l'occlusion peut être causée par une coudure du grêle.

Pour les tumeurs restées bénignes, le facteur déterminant de l'occlusion est variable, mais il s'agit toujours d'une complication du kyste :

Soit *adhérences massives dues à une suppuration* (Leveuf) ;

Soit *hémorragie intra kystique* (Schalita) ;

Soit *adhérences simples* dues sans doute à une pelvi péritonite plastique englobant soit le gros intestin, soit le grêle (Schalita, Braun et Wortman).

Signalons encore le cas rarissime de Vöckler, où l'extrêmité libre de la trompe gauche venait adhérer à un kyste de l'ovaire, enjambant dans son trajet une anse grêle, qu'elle écrasait.

Symptômes

Quelle qu'en soit la cause, le tableau clinique reste le même dans les occlusions par kyste de l'ovaire.

Dans plusieurs observations, il s'agit de malades présentant depuis un certain temps des troubles d'occlusion chronique, avec crises coliques plus ou moins nettes, qui se terminent brusquement par une occlusion aigue. D'autres fois, c'est l'occlusion aigue qui s'installe d'emblée. De toutes manières, le tableau est celui d'une occlusion aigue typique. Devant ce tableau, on en cherche la cause : c'est le toucher va-

ginal ou rectal qui la décèlera. Dans toutes les observations que nous publions (sauf celle de Braun où l'existence d'une hernie inguinale irréductible à fait errer le diagnostic), le toucher a mis en évidence une tumeur pelvienne régulière, plus ou moins arrondie, immobile, et qui parait indépendante de l'utérus. Sa consistance, en dehors de la dégénérescence, est rénittente et doit faire songer à un kyste de l'ovaire, tumeur kystique de beaucoup la plus fréquente dans le petit bassin. En tous cas, l'occlusion aigue impose l'intervention, le pronostic, en dehors d'elle, étant évidemment fatal.

Diagnostic

L'occlusion aigue est d'un diagnostic qui ne présente guère de difficultés. Une seule chose à éliminer: la pseudo-occlusion, témoin de la réaction péritonéale réflexe, fréquente au cours de tous les grands syndromes abdominaux. Celle-ci peut, au cours de la torsion du pédicule kystique, se trouver au tout premier plan, créant une forme pseudo-occlusive de la torsion (René Bloch). Dans ces cas, le transit intestinal reste entièrement libre et les phénomènes occlusifs cèdent spontanément.

Le diagnostic d'occlusion établi, reste à en rechercher la cause : le toucher vaginal aidé de la palpation abdominale montrera l'existence d'une tumeur. Mais quelle est la nature de la tumeur ? Dans les cas les plus nets, vus précocement, on reconnaitra qu'il s'a-

git d'une tumeur arrondie, fixée dans le petit bassin, latérale et indépendante de l'utérus. La consistance rénittente fera penser au kyste.

Ces caractères permettent d'éliminer les tumeurs utérines ou la rétroflexion d'un utérus gravide (Braun) ou fibromateux (Sénèque). On éliminera de même, parce que venus de l'abdomen, de contours indécis et de consistance variable : à gauche, les volvulus de l'S iliaque, la coudure de l'S iliaque (Delatour) ; à droite, la tumeur caecale adhérente à l'intestin grêle (Ozenne, Godlewski, et S. Martin).

On ne pensera guère au cas rarissime rapporté par Clunchill, où une femme de 23 ans présentait une occlusion aigue et portait une tumeur du volume d'une tête d'adulte, mobile et mate. L'intervention montra qu'il s'agissait d'adhérences massives intestino-épiploïques où l'épiploon de près de 2 cm. d'épaisseur englobait l'intestin.

Signalons quelques causes rares, de diagnostic seulement opératoire : l'une est intéressante parce qu'elle ne peut guère se distinguer cliniquement des faits qui font notre étude : les occlusions déterminées par une grossesse ectopique. Garchery en 1903 en avait rassemblé 9 cas. L'aménorrhée ici ne peut être d'aucun secours et l'examen sera analogue.

Le fibrome utérin transplanté est rarement cause d'occlusion. Percy-Paton et Payrs en rapportent cependant deux cas typiques. Passons de même rapidement sur les tumeurs du coccyx (tératome, lipome, lymphangiome), celles développées au dépens des os

du bassin (exostoses, enchondromes, sarcomes), les fibromes du bassin sous-péritonéaux.

Restent les tumeurs kystiques du petit bassin. Au premier plan, car de beaucoup les plus fréquentes, les kystes de l'ovaire. Par cela même on y pensera, appuyé parfois de plus par l'interrogatoire qui révèlera des troubles des règles. Mais les kystes du mésentère, lorsqu'ils sont immobilisés dans le pelvis et surtout les kystes hydatiques sous-péritonéaux du bassin, sont d'un diagnostic presque impossible. En faveur de ceux-ci, on examinera le foie, on recherchera les petits signes d'hydatisme, les poussées d'urticaire.

On arrive ainsi au diagnostic d'occlusion, accompagnée d'une tumeur pelvienne, vraisemblablement kyste de l'ovaire. Mais pourquoi ce kyste a-t-il déterminé une occlusion intestinale ? Dans quelques cas, l'existence de signes de suppuration pelvienne précédant l'occlusion fera penser à la suppuration du kyste. Mais alors, l'existence de formations peri-kystiques vient voiler les signes du kyste, et changer sa consistance. On peut alors hésiter avec une pelvi-péritonite, une hématocèle suppurée, une salpingite, une appendicite pelvienne. Le toucher peut également mal renseigner quand l'occlusion est déterminée par la dégénérescence du kyste, englobant l'intestin ou s'y propageant. La tumeur perd sa régularité, sa consistance devient variable.

Plus faciles sont les cas où l'occlusion succède à des adhérences entre l'intestin et le kyste, mais on ne

pense guère à cette cause trop rare. Dans le cas d'hémorragie intra-kystique, les signes ont leur maximum de netteté.

Il est à remarquer qu'en présence du tableau occlusion et tumeur kystique du petit bassin, la plupart des auteurs ont pensé à la torsion. Celle-ci est, en effet, par un des mécanismes que nous avons étudié, responsable de la majorité des occlusions aigues.

Sans doute, dans sa forme typique, la douleur brusque, les vomissements, les lypothimies, joints à la constatation de la tumeur pelvienne rénittente et douloureuse, y feront songer. Mais on sait qu'il existe des torsions à moindre fracas, presque latentes. Dans tous les cas, il existe une occlusion, due sans doute à la tumeur pelvienne qu'on perçoit. Il faut intervenir d'urgence, et le diagnostic de la complication du kyste ayant causé l'occlusion, n'apparait souvent qu'à l'opération.

TRAITEMENT

Qu'il s'agisse d'occlusion chronique ou d'occlusion aigue, le seul traitement est chirurgical et doit viser à l'ablation du kyste.

Lorsqu'il s'agit d'occlusion chronique, on a intérêt à préparer la malade, à vider, autant que possible, son tube digestif, à pratiquer des injections de sérum et d'huile camphrée pendant les trois jours qui précèdent l'intervention. L'intervention consistera en ablation unilatérale des annexes ou en hystérectomie, suivant les cas. Notons que l'existence d'adhérences, d'un certain degré de péritonite plastique peut rendre l'opération difficile et risque de dépéritoniser l'intestin. De toutes façons, il sera de bonne règle de drainer.

Lorsqu'il s'agit d'occlusion aigue, quel qu'en soit son mécanisme, c'est encore à l'ablation unilatérale des annexes ou à l'hystérectomie qu'on s'adressera.

Mais ici, deux cas sont en présence :

1° On a reconnu le kyste facteur d'occlusion et le traitement ne se discute pas ;

2° Le kyste, mal perçu à travers des anses météorisées et un abdomen très douloureux, n'a pas fait sa

preuve. On peut hésiter à prendre la voie médiane ou à pratiquer l'anus cœcal temporaire, pour réintervenir plus tard dans de meilleures conditions.

Nous pensons que jamais l'occlusion ne doit être ainsi traitée. Dans tous les cas où son origine reste vague, il faut commencer par connaitre les lésions causales, avant de les combattre. Seule la laparotomie médiane le permet, qui donne un jour suffisant pour l'exploration abdominale.

Qu'on n'objecte pas qu'il s'agit de malades en mauvais état général à qui on ne doit faire que le minimum. Le minimum est de lever l'obstacle au transit intestinal. L'anesthésie rachidienne ou même locale permet de le faire à moindres frais. C'est ainsi seulement qu'on pourra traiter avec succès les occlusions intestinales de diagnostic difficile, parmi lesquelles entrent celles que nous avons étudiées.

OBSERVATION INÉDITE (Leveuf et Jacquemaire).

1° OCCLUSIONS CHRONIQUES

Occlusion chronique par Kyste de l'ovaire enclavé, compliqué d'hémorragie intra-kystique.

Madame B., 44 ans, entrée le 14 octobre 1925 à la Maison Municipale de Santé pour occlusion intestinale chronique, acompagnée de crises coliques.

Depuis un an et demi, la malade souffre d'une constipation opiniâtre. Après 2 à 3 jours sans selles, survenaient des douleurs abdominales, à type de coliques et à siège constant dans la fosse iliaque gauche. Au bout de quelques minutes, survenaient des bruits hydro-aériques, bientôt suivis de l'expulsion d'une selle diarrhéique.

Peu à peu, ces troubles s'accentuent tout en conservant leurs caractères et leur localisation dans la fosse iliaque gauche, et le 9 septembre 1925, survient une crise douloureuse si violente qu'un médecin est appelé. Il conclut à l'entéro-colite et prescrit un traitement qui reste sans résultat.

A partir de ce moment les douleurs sont presque continues et toujours localisées à gauche. Elles affectent soit le type d'une simple pesanteur, soit celui d'une douleur vraie

à type de colique. De plus elles s'accompagnent d'épreintes et de faux-besoins. Cependant la constipation est intense. Malgré purgatifs et lavements, la malade ne rend que quelques scyballes. Fait important, les matières sont ovoïdes et très dures, sans que la malade ait jamais remarqué ni sang, ni glaires, ni pus.

Les gaz eux-mêmes sortent très péniblement. Localement, le ventre est ballonné et douloureux, surtout au niveau de la fosse iliaque gauche. L'état général s'altère, l'appétit est nul et la malade maigrit beaucoup.

On pratique un examen *radioscopique*, après lavement opaque de 1500 grammes.

L'ampoule rectale apparait normale. Mais la partie du sigmoïde qui lui fait immédiatement suite est difficilement injectable. L'anse sigmoïde est allongée et n'est remplie que dans sa portion haute, la portion juxta-rectale étant à peine imprégnée de bouillie.

Par suite de son allongement, une partie du sigmoïde est directement palpable. Elle est douloureuse et correspond à la masse sentie dans la fosse iliaque gauche. Sa mobilité est nulle, alors que la partie qui lui fait suite est mobile.

Le reste du colon est normal.

Un calque radioscopique montre clairement un passage à peine injecté, à la fin du sigmoïde, entre deux segments normaux.

Le lavement bismuthé n'est rendu que 4 jours après, très difficilement ; et, comme les matières, sous la forme de scyballes dures et ovillées.

C'et alors qu'elle entre à l'hôpital, sur le conseil de son médecin qui pense à un cancer sténosant du colon gauche.

Nous trouvons une malade amaigrie, aux traits un peu tirés, à la peau sèche.

1°) L'abdomen est météorisé, surtout augmenté au niveau de la fosse iliaque gauche. Là, la palpation est un peu douloureuse.

2°) Le Toucher Rectal montre une ampoule très dilatée et vide.

Au-dessous de la tumeur, perçue à travers la paroi rectale antérieure, la muqueuse est intacte et le doigt revient propre.

3°) Le Toucher vaginal montre une masse dans le cul de sac gauche, indépendante de l'utérus, et un peu douloureuse. Il est difficile de l'apprécier en raison du ballonnement abdominal. Notons pour terminer que la malade est subfébrile, atteignant 38° chaque soir.

On pratique une *rectoscopie*. Le tube est arrêté à 20 centimètres de l'anus environ. A ce niveau la muqueuse *apparait très œdématiée*, sans autre lésion.

L'étude des antécédents n'apprend rien d'intéressant : aucune maladie, règles normales, abondantes, durant 8 jours; 3 enfants bien portants.

Les réactions de Wassermann et de Hecht sont négatives, l'urée sanguine normale.

Une recherche chimique du sang dans les selles, par la méthode de Meyer, donne un résultat négatif, puis deux résultats positifs malgré un régime lacté strict.

On pose le diagnostic de Sténose du colon pelvien. Mais en éliminant le cancer sigmoïdien : 1°) en raison de l'absence de sang macroscopique dans les selles.

2°) Parce que la recherche histologique du sang n'a pas constamment été positive.

3°) Parce que la rectoscopie n'a pas montré d'autres lésions que de l'œdème.

De plus existe une tumeur pelvienne gauche, indépendante de l'utérus et un peu douloureuse.

On s'arrête donc au diagnostic de compression péri-colique par tumeur. Mais laquelle ? Pour les raisons invoquées plus haut, on élimine la suppuration péri-néoplasique d'un cancer sigmoïdien.

La tumeur para-utérine nous fait penser à une affection génitale. Mais s'agit-il d'une salpingite, d'un kyste ovarien ? Parce que la malade est subfébrile, on penche vers une affection suppurée et parce que la masse est profondément retirée dans le petit bassin, parce qu'elle est immobile, et évolue vers l'intestin, on penche vers le diagnostic de pelvi-péritonite.

On décide l'intervention. Pratiquée par le docteur Leveuf et nous, elle a lieu le 4 novembre 1925 sous anesthésie à l'éther.

Après laparotomie médiane sous-ombilicale, on trouve entre l'utérus et le rectum une épaisse poche enkystée contenant un liquide brunâtre. La trompe apparait en avant, tenant à la tumeur : il s'agit donc d'un kyste de l'ovaire adhérent au ligament large, peut être inclus.

La tumeur comprime l'anse sigmoïde au point où elle se continue avec le rectum. Il n'existe pas d'adhérences à l'intestin. On pratique une hystérectomie totale. La péritonisation est difficile à gauche où on solidarise le péritoine vésical aux franges sigmoïdiennes. On laisse un drain

vaginal et un drain dans le Douglas. La paroi est fermée en 3 plans.

Les suites opératoires sont très simples. On enlève le drain le 2me jour.

Après la purgation post-opératoire, le 4me jour, les selles sont redevenues normales.

Rapidement l'appétit est revenu et la malade engraisse. Elle garde cependant pendant trois semaines encore une légère température vespérale à 38°, sans qu'aucune cause locale ou générale permette de l'expliquer.

Elle quitte l'hôpital le 12 décembre en parfait état. Revue le 3 février 1926, la guérison se maintient parfaite. Tous les matins, spontanément, la malade a une selle normale.

En résumé, K O adhérent au feuillet postérieur du ligament large, coincé dans le petit bassin entre utérus et partie suprieure du rectum, sans lui adhérer.

Par quel mécanisme l'occlusion chronique s'est elle constituée ?

Nous avons dit que le liquide du kyste était chocolat et que la malade était subfébrile.

Il nous parait vraisemblable qu'une hémorragie produite dans ce kyste enclavé est la cause de l'augmentation des signes de compression. De plus la température traduisait sans doute la suppuration à bas bruit. 2me raison pour augmenter le volume du kyste, donc les troubles de compression.

OBSERVATION II

Occlusion par K. O. dégénéré

Savory et Nash : *British Medical Journal,* mars 1901.

Une femme de 45 ans est prise brusquement en pleine santé de violentes douleurs abdominales et de vomissements. En 24 heures le tableau d'occlusion se complète.

On constae une tumeur provenant du bassin, atteignant l'ombilic, située principalement à gauche. Le toucher vaginal la montre indépendante de l'utérus. La tumeur est très sensible. Le diagnostic posé est occlusion par torsion d'un K.O.

L' opération est refusée. Amélioration grâce à des lavements qui ramènent des matières. Cependant les douleurs persistent et le ventre augmente de volume.

12 jours après le début, l'occlusion réapparait. On intervient. Il existe un kyste multi-loculaire papillomateux de l'ovaire droit, avec une masse solide du volume d'une tête du fœtus adhérente à l'intestin, qu'on enlève. L'intestin grêle, par ailleurs, présente un rétrécissement annulaire causé par la tumeur étranglant sa lumière. Ganglions mésentériques. On arrête l'opération (Collapsus).

Les suites sont bonnes, sauf des douleurs causées par le passage des gaz au niveau de la sténose.

12 jours après l'ovariotomie, réintervention. On resèque 4 pouces d'intestin et un fragment de mésentère en V avec les ganglions.

Convalescence sans incidents. La malade est revue un an après sans récidive.

Histologiquement, il s'agissait d'un cancer cylindrique.

OBSERVATION III

Occluson chronique par Kyste dégénéré

WORTMANN : *in Darmverschliessungen de Braun et Wortmann.* Berlin 1923, page 383.

Chez une femme de 34 ans, est apparue depuis 3 mois une tumeur abdominale qui grossit. Depuis longtemps déjà les selles étaient gênées, et obtenues seulement par laxatifs et lavements, quand depuis 3 jours, arrêt complet des matières et la malade a eu des vomissements qu'elle prétend fécaloïdes.

Le ventre est dans son ensemble très augmenté, tendu et sensible à la pression. Au-dessus de la symphise et atteignant l'hypochondre gauche, on trouve une tumeur dure, grosse comme une tête d'enfant. Elle semble provenir de l'ovaire gauche.

La lumière rectale est, au toucher, très rétrécie par le développement de la tumeur qui écrase sa paroi antérieure.

Par des lavements on obtient des matières très dures, petites et fétides. Dans les 2 jours suivants, de nouveaux vomissements bilieux abondants se produisent et malgré plusieurs lavements, ni selles ni gaz.

On décide d'intervenir. On trouve une tumeur du volume

d'une tête d'enfant, encastrée dans le petit bassin et formée d'un K.O. dégénéré.

Elle adhère solidement à la fosse iliaque gauche. Des anses grêles sont fortement distendues et paralysées ;en aval de ces anses, le grêle adhère à la tumeur, et, comprimé par elle, est aplati.

Après ablation de la tumeur qui comprimait en outre le rectum, l'auteur fait une entéro-anastomose entre les anses grêles non comprises dans la tumeur.

Guérison opératoire.

2° OCCLUSIONS AIGUES

OBSERVATION I

Occlusion intestinale aigue
par adhérences massives d'un kyste enclavé et suppuré.

(Dr. LEVEUF : *in Bulletins et Mémoires de la Soc. Nat. de Chirurgie.* 7 mars 1925.

Une femme de 39 ans, Madame R., entre à l'hôpital Saint-Louis le 14 avril 1924, avec le diagnostic d'appendicite aiguë porté par son médecin.

Elle était en traitement pour une « métrite » (pertes jaunâtres, douleurs lombaires) quand le 2 avril elle est prise subitement d'une crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissements alimentaires, sans constipation. La température monte à 38° ou 39°. Le mé-

decin appelé pense à une appendicite et prescrit de la glace et la diète.

Les vomissements cessent, mais la fièvre persistant, la malade entre à l'hôpital.

A ce moment (14 avril), elle présente dans la fosse iliaque droite une volumineuse tuméfaction, douloureuse et empâtée. Celle-ci dépasse en haut le niveau de l'ombilic, atteint en dedans la ligne médiane, et semble, en bas, plonger dans le petit bassin. Toute la fosse iliaque est comblée. Au toucher vaginal, on trouve un utérus bloqué et un cul de sac droit douloureux.

Le diagnostic porté est celui de plastron appendiculaire. La malade est mise au lit, à la diète et à la glace.

Pendnt dix jours, du 14 au 24 avril, la température reste élevée, oscillant entre 38° et 39°. Le Plastron semble diminuer de volume, quand brusquement, dans la nuit du 24 au 25 avril, la malade a une crise diarrhéique accompagnée de vomissements verdâtres. Elle se plaint de coliques abdominales. La température est tombée à 37°.

Le lendemain les douleurs et les vomissements persistent. Mais le ventre s'est ballonné et l'arrêt de matières et des gaz est apparu. Cependant l'état général reste bon, la température est à 37°, le pouls à 92.

Le jour suivant, la situation s'est aggravée. Les douleurs abdominales sont de plus en plus vives, l'arrêt des matières et des gaz reste absolu. La température est à 36°8 avec un pouls à 104.

Monsieur Leveuf, de garde, est appelé pour le diagnostic d'occlusion dans une appendicite. Le diagnostic d'occlusion est indéniable. Mais il discute l'appendicite :

1°) Parce qu'au palper abdominal le plastron ne gagne pas du côté de l'épine iliaque antéro-supérieure ainsi que dans les abcès appendiculaires ;

2°) Parce que le toucher combiné au palper montre une tumeur pelvienne, régulière, plus ou moins arrondie et qui paraît indépendante de l'utérus. La consistance est rénittente : il s'agit donc d'un kyste. Mais de quelle nature ? Le foie est indemne, et cela permet d'éliminer vraisemblablement le kyste hydatique.

On pense donc au kyste de l'ovaire.

Monsieur Leveuf intervient aussitôt et pratique une laparotomie médiane, sous-ombilicale.

Il découvre un amas d'anses grêles distendues et adhérentes, recouvrant la tumeur pelvienne. Ayant reconnu, d'un côté le cœcum aplati, de l'autre la dernière des anses grêles distendues, il essaie de libérer l'intestin adhérent. Mais bientôt il ouvre accidentellement la poche, d'où s'échappe un liquide puriforme abondant. Celui-ci étanché l'isolement du grêle est plus facile et Monsieur Leveuf dégage environ 35 centimètres de l'intestin, en sculptant par moment dans la paroi de la poche. Il peut, ensuite, dégager la poche assez rapidement. Il l'enlève sans trouver aucun pédicule à lier.

Il laisse un drain dans le Douglas et ferme la paroi en un plan.

Les suites ont d'abord été simples. Le cours des matières et des gaz se rétablit aussitôt. Le drain est enlevé le 5^{me} jour, alors que la température se maintenait aux environs de 37°8.

Mais le 7^{me} jour, la fièvre monte et oscille entre 38° et

40°. On cherche une collection locale et on enlève les fils. qui laissent échapper le pus d'un abcès sous-cutané.

Au toucher, le Douglas apparait libre. On vaccine la malade au Propidon.

Le 13me jour, la malade se plaint d'un point de côté, et d'une légère dyspnée. On trouve en effet un foyer de congestion à la base droite et la radioscopie montre une poche claire entre diaphragme et foie. On pense à un abcès sous-phrénique. Mais cependant les phénomènes s'amendent peu à peu, la température se stabilise et la plaie abdominale se ferme. Le 26 mai elle est en pleine convalescence et quitte l'hôpital guérie le 14 juin.

Mais qu'était cette poche à parois épaisses, à contenu puriforme, qui a été extirpée sans qu'on ait trouvé aucun pédicule à isoler et à lier ?

Le liquide n'a pas été étudié. Mas divers fragments de la poche kystique ont été prélevés et étudiés histologiquement par Monsieur Herrenschmidt, chef de laboratoire de la Clinique Chirurgicale de Cochin.

Il a reconnu des sections de circonférence de deux kystes et du tissu interposé.

Les grands kystes n'ont pas d'épithélium. Le tissu interposé renferme des éléments de l'ovaire : corps jaunes plus ou moins évolués, feutrage fibro-musculaire du stroma ovarique, follicules, dont certains dilatés.

Une troisième cavité, remplie de pus où flottent des franges épithéliales impose l'idée d'une poche tubaire distendue et altérée.

Enfin un fragment de tissu pris dans la paroi même du plus gros kyste, également dépourvu d'épithélium, présente

une portion épaissie où chemine un canal étoilé qui a tous les caractères de la trompe.

Malgré l'absence de pédicule, il semble donc bien que l'on puisse affirmer qu'on se trouvait en présence d'un kyste de l'ovaire suppuré, coexistant avec une salpingite, facteur de la suppuration.

Il s'agit ici d'occlusion par adhérences massives de l'intestin grêle à un kyste suppuré.

Mais on remarquera que les adhérences, assez solides pour nécessiter une sculpture du grêle dans la paroi kystique, devaient être fort anciennes, et précéder de beaucoup l'occlusion.

L'étude des antécédents, cependant, n'apprend l'existence d'aucun trouble dans le transit intestinal.

Dans son rapport à la Société Nationale de Chirurgie, sur cette observation Monsieur Mocquot conclut que « vraisemblablement les accidents récents d'inflammation et de suppuration n'ont pas été étrangers à la production de l'occlusion ».

OBSERVATION II

Occlusion aigue par K.O. adhérent

SCHALITA : *Wiener Klinische Rundschau*, 1900.

Jeune fille, qui a remarqué à 16 ans de l'œdème des jambes.

Premières règles à 18 ans, irrégulières.

A 20 ans elle ressent une vive douleur dans l'hypochon-

dre droit. Une occlusion intestinale aiguë se constitue, et elle entre à l'hôpital.

A l'examen, on trouve un abdomen ballonné, très sensible. Il existe une tumeur fluctuante dans la partie droite de l'abdomen.

Le diagnostic porté est celui d'occlusion par torsion d'un kyste de l'ovaire.

Intervention : la tumeur adhère à l'épiploon, au colon ascendant et au mésentère. Sur l'intestin existe une surface dépéritonisée, ulcérée de 8 à 10 cm. de long sur 5 de large. Cette partie est recouverte d'exsudats fibrineux. Là, l'intestin a été comprimé par la tumeur.

On libère les adhérences et on extirpe la tumeur et une partie de l'épiploon.

3 heures après l'opération, issue de gaz ; selle le lendemain. Guérison sans incidents.

Histologiquement, il s'agissait d'un kyste dermoïde.

OBSERVATION III

Occlusion aigue par Kyste de l'Ovaire adhérent

BRAUN ET WORTMANN *: in Darmverschliessungen*

Une femme de 36 ans souffre depuis 4 jours de vives douleurs dans le bas-ventre avec vomissements et arrêt des matières. Le ventre est augmenté de volume, souple, mais légèrement sensible. Il existe une *Hernie inguinale irréductible* à droite, grosse comme une poire ; on pense à un étranglement et on fait une kélotomie. Dans le sac ne se trouvait aucune anse pincée, mais juste un fragment d'épiploon

et de la sérosité trouble. La laparotomie fut décidée. Sur la paroi pelvienne droite, sous le péritoine, entre les feuillets du ligament large, se trouvait un kyste plus gros que le poing, auquel une anse grêle était intimement unie, coudée, présentant des exsudats fibrineux. L'anse en deça était dilatée, l'anse en delà vide et repliée sur elle-même. Le kyste est crevé en le détachant. Il s'en échappe un liquide avec de petites masses de fibrine grosses comme des grains de blé.

Isolement de la paroi kystique jusqu'à la partie de l'anse solidement adhérente. Miculiez. 6 jours après l'opération, apparition d'une fistule stercorale qu se ferme spontanément au bout de 8 jours. Guérison.

OBSERVATION IV

Occlusion aigue par bride

Vockler : cité par Galliard, in Gilbert et Thoinot. T. XVII

Une femme de 63 ans, présente une occlusion aiguë. L'examen révèle l'existence à droite, d'une masse du volume du poing. On intervient : Il existe 2 anses grêles, serrées par un *cordonnet* faisant un anneau complet. C'était la trompe gauche adhérente par son extrémité libre à un kyste dermoïde de l'ovaire gauche, qui adhérait lui-même à la face postérieure de l'utérus.

Libération. Ovariotomie. Guérison.

OBSERVATION V

Occlusion aiguë par KO avec hémorragie intra-kystique

SCHALITA : *Wiener Klinische Rundschau,* 1900.

Femme ayant eu 12 grossesses. Ménopause depuis 10 ans. Depuis 2 ans la malade a remarqué le développement d'une tumeur abdominale.

Brusquement, elle est prise d'une douleur épigastrique et de vomissements. Le tableau d'occlusion aiguë est rapidement au complet.

L'examen montre un abdomen sur-distendu.

Il existe une tumeur fluctuante, élastique, mate du volume d'une tête d'enfant, séparée de l'utérus et fixée dans le petit bassin.

On porte le diagnostic d'occlusion par K.O. et on intervient.

On tombe sur un kyste de l'ovaire droit contenant un abondant liquide hémorragique.

Dès son ablation, l'anse sus-jacente à la compression se vide de ses gaz. L'intestin vérifié ne montre aucune autre cause d'occlusion. Suture de la paroi. Suites simples. L'examen histologique montre un kyste à parois épaisses avec traces d'hémorragies récentes.

OBSERVATION VI

Occlusion aigue par K. O. tordu.

HENRY . *American Journal of Obstétric,* 1880 vol. XIII.

Une femme de 45 ans présente depuis 10 jours déjà un arrêt des matières et des gaz quand l'auteur la voit. Elle est presque moribonde et meurt quelques heures après, sans intervention.

A l'autopsie on trouve un petit kyste de l'ovaire droit, dont le pédicule long de 20 cm. était enroulé autour de l'iléon à 36 cm. environ au-dessus du cœcum. L'intestin au-dessus de la striction était dilaté, vide au-dessous.

OBSERVATION VII

Occlusion aiguë par K.O. tordu

HOCHENEGG : *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1888 n° 2.

Une femme de 48 ans, constipée depuis longtemps, est prise brusquement de douleurs violentes. Arrêt des matières et des gaz depuis 3 jours. Nausées puis vomissements devenant fécaloïdes. Ballonnement du ventre.

Le diagnostic posé était celui de Hernie interne étranglée.

L'auteur trouve la malade avec un faciès pâle, des extrémités froides, des sueurs froides. Pouls à 96.

Vomissements fécaloïdes. L'abdomen est ballonné et douloureux à la pression. Une matité remontant à 2 travers de doigts au-dessus de l'ombilic, semlbe due à une tumeur liquide.

On pose le diagnostic de K.O., probablement tordu.

Laparotomie médiane : on tombe sur un K.O. qu'on ponctionne : 2 litres 1/2 K. multi-loculaire de l'ovaire gauche. Le pédicule, de 12 cm. est deux fois tordu autour de

son axe. Détorsion et ligature du pédicule. Avant de refermer, on constate qu'immédiatement après l'énucléation de la tumeur, la partie supérieure du rectum, qui à la palpation s'était montrée distendue, a repris son volume normal.

Guérison sans incidents : plus de vomissements, selle le lendemain. Sort 24 jours après, guérie.

OBSERVATION VIII

Occluion aigue par K.O. tordu et adhérent

CARIO : *Archiv fur Gynäkologie,* 1891 T. 39.

Une femme de 38 ans, voit son ventre augmenter depuis un an. Un examen médical conclut à une tumeur de l'ovaire gauche, pédiculée, dépassant l'ombilic, sans signes fonctionnels.

Brusquement, à la suite d'une purgation, la malade est prise de violentes douleurs abdominales et de vomissements bilieux. Arrêt des matières et des gaz. Le ventre se ballonne. La température, d'abord montée à 38°3, retombe. Le pouls est à 120. On intervient. Il existe une tumeur kystique, avec de récentes adhérences à la paroi.

Une ponction ramène 5 litres de liquide rougeâtre.

Le pédicule du kyste est tordu et a entrainé une anse grêle dans sa torsion.

A gauche du pédicule une autre adhérence, récente, étrangle une 2e anse. En détordant le pédicule, on s'aperçoit que l'anse occluse lui est unie par des adhérences lâches.

Après section, on en découvre d'autres, plus anciennes et plus solides, qui empêchent le passage des matières.

Libération. Ablation du K.O. Fermeture de la paroi, Suites parfaites, selle dès le 4e jour.

OBSERVATIONS IX, X, XI.

Occlusions intestinales aigues par K.O. tordus.

MICHEL : *Revue Médicale de l'Est,* 1920.

1) L'auteur rapporte *deux observations* d'occlusion aiguë par *torsion de K.O.*

Le kyste, dans les 2 cas, après avoir pivoté sur lui-même était tombé dans le Douglas, où, coincé et augmenté de volume du fait de sa torsion, il écrasait le rectum.

Diagnostic facile par le toucher.

Dans les 2 cas, l'ablation du kyste guérit les malades.

2°) *Une 3e observation* d'occlusion kystique est différente.

Occlusion aiguë très serrée depuis la veille, avec douleurs très vives et vomissements brunâtres. Pouls filant. Etat très grave.

L'abdomen très ballonné et douloureux, rend l'examen difficile. Cependant, au milieu des anses distendues, par le toucher combiné au palper on perçoit une masse arrondie et rénittente.

A l'intervention, une sérosité rougeâtre s'écoule dès l'ouverture du péritoine. Il existe un kyste noirâtre à pédicule tordu.

Mais ce qui est particulier, c'est que l'intestin grêle avec

son mésentère était enroulé autour du kyste dont il avait suivi la torsion.

Un volvulus intestinal entourait le volvulus kystique.

L'auteur essaye d'abord de détordre l'ensemble, puis aborde le pédicule du kyste le sectionne et enlève le kyste. Aucune adhérence avec l'intestin.

Amélioration de faible durée, puis les symptômes d'occlusion réapparaissent. Une 2e laparotomie, le 3e jour, montre l'existence d'une péritonite généralisée. Mort le lendemain.

OBSERVATION XII

Occlusion aigue en deux temps, par torsion du pédicule kystique.

WOODMAN : Lancet 7 janvier 1922.

L'auteur est appelé le 28 janvier 1921 auprès d'une femme de 55 ans, sans antécédent pathologiques, présentant une obstruction intestinale incomplète. Douleurs et vomissements, mais évacuation de matières et de gaz par des lavements.

L'abdomen est distendu. Cadre colique.

Pouls et température normaux.

Pendant quelques jours, expectative. Les lavements améliorent l'état. Mais le 4e jour, aggravation subite et élévation de la température. L'occlusion est complète.

Au toucher, on perçoit une tumeur droite sur laquelle nous avons peu de renseignements. L'intervention est décidée. Il

s'agit d'un K.O. droit, dont le pédicule long et tordu, allait à gauche encercler le colon pelvien et adhérait fortement à l'épiploon. Pour dégager l'anse, l'auteur sectionne le pédicule et découvre un anneau de striction. Il termine par une ablation des annexes droites et ferme sans drainage.

Suites simples.

Il s'agissait d'un kyste dermoïde.

L'auteur pense que l'épiploon a dirigé la torsion du kyste par ses adhérences, ce fait ayant été rendu possible par la grande longueur du pédicule.

OBSERVATION XIII

Occlusion aigue par K.O. tordu.
Darmverschliessungen

Femme de 38 ans, présentant une occlusion aigue avec vomissements fécaloïdes. On perçoit une tumeur droite.

IA l'intervention, il s'agit d'un *kyste dermoïde tordu* écrasant l'anse sigmoïde. Ovariotomie. Guérison.

OBSERVATION XIV

Occlusion aigue par K.O. suivi par l'utérus dans sa torsion
JACOBSEN *: in Braun et Wortman*

Femme de 73 ans présentant une occlusion aigue. L'opération montre qu'il s'agit d'un kyste ovarien, suivi dans sa torsion par l'utérus qui écrasait latéralement l'anse sigmoïde.

Hystérectomie. Mort.

OBSERVATION XV

Occlusion aiguë par dégénérescence de K.O.

PETERS H. : *Zentralblatt für Gynäkologie,* 1895. n°13.

Femme de 60 ans, IX pare.

Depuis une dizaine d'années une tumeur abdominale s'est développée.

Le 17 nov. 1894 douleur brusque avec arrêt des matières et des gaz. Tumeur allant à l'ombilic, météorisme, liquide libre. Pas de douleur à la palpation, malgré de vives douleurs spontanées.

L'auteur fait le diagnostic de K.O. tordu avec Ileus.

Laparotomie : ascite fibrineuse. Gros intestin vide. Il existe un kyste multi loculaire avec *proliférations papillaires* surtout à droite, comprimant la région iléo-cœcale, sans rétrécissements intestinal ni adhérences.

Ablation de la tumeur.

Selle 2 h. après l'intervention. L'ascite disparait au 8e jour. Guérison.

OBSERVATION XVI

Occlusion aigüe par dégénérescence de K.O.

BOECKEL : *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* 1899. T. III.

Femme de 48 ans, présentant une occlusion aigue. L'auteur est appelé le 4e jour. Vomissements fécaloïdes. Pouls à 140. Algidité. Température 36°5.

Malgré l'état, il pratique la laparotomie. Il existe une tumeur dégénérée, très adhérente, coincée, dans le petit bassin entre utérus et rectum. Il est difficile de dire si elle vient de l'utérus ou de l'ovaire. En la libérant, on découvre une gangrène de la paroi antérieure de la partie supérieure du rectum.

Mort pendant l'intervention.

OBSERVATION XVII

Occlusion aigue par dégénérescence de K.O.

RAYNES, GIRAUD et ROCHAS. *Soc. Médicale des Bouches du Rhône,* décembre 1925.

Occlusion aigue chez une femme de 63 ans, présentant une tumeur mal limitée du petit bassin, plus marquée à gauche

Intervention. Il existe un *kyste dermoïde dégénéré* de l'ovaire gauche, ayant écrasé la portion supérieure du rectum, englobé dans la tumeur. Libération pénible. Hystérectomie totale. Guérison.

CONCLUSIONS

1° L'occlusion intestinale est rare au cours des kystes de l'ovaire. Dans la majeure partie des cas, il s'agit d'occlusion aigüe ;

2° L'occlusion chronique est le fait de kystes enclavés dans le petit bassin, dont une complication vient accroitre le volume. Le calibre de l'intestin, écrasé contre les parois du bassin osseux, est progressivement diminué ;

3o L'occlusion aigüe est le plus souvent une complication qui accompagne ou suit la torsion, plus rarement le fait d'adhérences, d'hémorragie intra-kystique, de suppuration ou de dégénérescence. Elle est contemporaine de la complication ou peut lui être secondaire ;

4° Le diagnostic de ces occlusions repose sur la constatation d'une tumeur kystique pelvienne et fixée ;

5° Le traitement consiste en ablation unilatérale des annexes par laparotomie médiane.

Vu : Le Doyen
ROGER

Vu : Le Président de la thèse
J. L. FAURE

Vu et permis d'imprimer ;
Le Recteur de l'Academie de Paris
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

BLOCH René :Sur les difficultés du Diagnostic des kystes de l'ovaire à pédicule tordu.

BOECKEL J. : Occlusion intestinale et gangrène de l'extrémité supérieure du Rectum dans les tumeurs utérines ou ovariques. Revue de gynécologie et de Chirurgie abdominale (1899, Tome III, p. 466-477).

BRAUN et WORTMAN : Darmverschliessungen. Berlin (1923).

CARIO R. : Zwei bemerkenswerte Fälle von Ileus, vor und nach der Laparotomie, beide mit Ausgang in Heilung. Archiv für Gynäkologie (1891, T. 39, p. 290-305).

GALLIARD : in Gilbert et Thoinot. Tome XVII : Maladies de l'Intestin. Paris (1915).

GUNTHER : Uber Achsendrehung der Ovarien. Tumoren im allgemeinen und uber einen speziällen Fall von Achsendrehung mit Ileus. Thèse de Berlin (1879).

HENRY : A case of intestinal obstruction through wrapping

of the pedicle of an ovarian cyst around the ileon. American Journal of Obstetric (1880, T. XIII, p. 388).

HOCHENEGG J. : Ein Fall von Ileus bedingt durch eine in ihrem Stiele torquiste Ovarialcyste. Wiener Klinische Wochenschrift (1888, n° 2, p. 29-32).

KUSS : Les rétrécissements péri-coliques pelviens. Thèse de Paris (1909).

LEVEUF J. : (rapporté par M. P. Mocquot). Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie. (7 mars 1925, Tome LI, n° 8, p. 247-49.)

MADER J. : Darmverschluss durch ein Cystovarium. Rudolph Stiftung zu Wien (1889, p. 378).

MICHEL L. : Occlusion intestinale par kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Revue Médicale de l'Est. Nancy (1920, T. XL, VIII, p. 376).

OLSHAUSEN : Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart (1886).

PETERS : Ileus durch Kompression des Darmes durch Ovarialcysten ohne Streltorsion. Zentralblatt für Gynäkologie (1895, n° 13, p. 339-342).

RAYNES, GIRAUD et ROCHAS : Société Médicale des Bouches du Rhône (décembre 1925).

RITTENTROP : Preussische Vereinszeitung (1896, n° 1).
ROKITANSKY : Med. Lehrbuch (1865, T. III, p. 413). Wiener Allg. Med. Zeitung (1860).

RYAN R. : Acute obstruction of the bowels in a patient with cystic disease of the ovary. Dublin M.J. Sc. (1876, T. LXII, p. 113-118).

SALTER PH. : Mechanical ileus due to twisted pedicle of cystic ovary. Nebraska M.J. Norfolk. (1918, T. III, p. 210.

SAVORY H. and NASH N.G. : A case of acute intestinal obstruction due to a papillomatous ovarian cyst. British M.J. (23 mars 1901, p. 698).

SCHALITA S. G. : Acuter Darmverschluss bedingt durch eine Ovarial Cyste. Wiener Klinische Rundscha (1900 T. XIV, p. 471-474.

THORN : Thèse de Halle (1883).

WOODMAN G. S. : Obstruction of the pelvic colon by the pedicle of an ovarian cyst. Lancet (1922, 7 janvier).